

ORIGINAL

RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE HORAS DE CUIDADO INFORMAL Y EL ESTADO DE SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS CUIDADORAS (*)

Erika Masanet (1) y Daniel La Parra (2)

(1) Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL), Lisboa, Portugal.

(2) Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz (IUDESP). Universidad de Alicante.

(*) La investigación se enmarca dentro del proyecto MD07/00109, de la convocatoria de proyectos complementarios de metodología de la investigación en servicios de salud y equidad social y de género en salud del Plan Nacional de I+D+i, Instituto de Salud Carlos III, año 2008. Investigador responsable: Daniel La Parra Casado.

No existen conflictos de interés.

RESUMEN

Fundamento: La salud mental de las personas cuidadoras se ve perjudicada por las tareas de cuidado. Son necesarios estudios que especifiquen la influencia de diversas variables en la asociación entre cuidado informal y salud mental. El objetivo del trabajo es analizar los efectos del tiempo dedicado al cuidado informal en la salud mental por sexo según el tipo de personas dependientes.

Métodos: Los datos que se utilizaron fueron los de la Encuesta Nacional de Salud 2006, cuya muestra estaba compuesta por 29.478 participantes. Variables: salud mental (GHQ-12), tiempo de cuidado, edad, clase social y apoyo funcional (Duke-UNC). Se realizó análisis de regresión logística para determinar la probabilidad de contar con mala salud mental según horas de cuidado, ajustado por edad, clase social y apoyo funcional.

Resultados: Las mujeres presentan peor salud mental a partir de 97 horas semanales en el cuidado a menores (OR=1,372), de 25 horas en el cuidado a personas mayores de 74 años (OR=1,602 entre 25 y 48 horas; OR=1,467 49-96h; OR=1,874 97-168h) y cuando dedican alguna hora al cuidado de personas adultas con discapacidad (OR=1,996 0-24h; OR=2,507 25-48h; OR=3,016 49-96h; OR=1,651 97-168h). Los varones muestran deterioro de la salud psicológica cuando dedican un elevado número de horas al cuidado de personas mayores de 74 años (OR=2,810 97-168h.) y personas con discapacidad (OR=3,411 97-168h.) y cuando dedican de 0 a 24h al cuidado de menores (OR=1,595).

Conclusiones: El efecto del número de horas de cuidado en la salud mental de las personas cuidadoras está influido por el tipo de persona dependiente y por el sexo de la persona cuidadora.

Palabras clave: Salud mental. Cuidadores. Tiempo. Apoyo social. Personas con discapacidad. Género y salud. Ancianos. Anciano de 80 o más años. Análisis de regresión logística.

Erika Masanet
Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-ISCTE)
Ed. ISCTE, Av. das Forças Armadas
1649-026 Lisboa – Portugal
erika.masanet@iscte.pt

ABSTRACT

Relationship between the Number of Hours of Informal Care and the Mental Health Status of Caregivers

Background: Mental health of caregivers is damaged by caregiving tasks. Studies are needed to determine the influence of several variables on the association between informal care and mental health. The aim of this paper is to analyse the effects of the time devoted to informal caregiving on the mental health of women and men in relation to the type of dependents.

Methods: National Health Survey 2006, sample 29,478. Variables: mental health state (GHQ-12), number of hours devoted to caregiving, age, social class, and functional support (Duke-UNC). A logistic regression analysis was performed to determine the probability of having poorer mental health according to the number of hours of caregiving, adjusted for age, social class and functional support.

Results: Women show poorer mental health when they spend more than 97 hours per week taking care of children [OR=1,372], more than 25 hours caring for persons over 74 years of age [OR=1,602 between 25 and 48 hours; OR=1,467 49-96h.; OR=1,874 97-168h.], and when they devote some hours to provide care to adults with disabilities [OR=1,996 0-24h.; OR=2,507 25-48h.; OR=3,016 49-96h.; OR=1,651 97-168h.]. Men show deterioration in mental health when they devote a high number of hours to caring for persons over 74 years [OR=2,810 97-168h.] and adults with disabilities [OR=3,411 97-168h.], and when they devote some hours to childcare [OR=1,595 0-24h.].

Conclusions: The effect of the number of hours devoted to caregiving on the mental health of caregivers is influenced by the type of dependents and the gender of the caregiver.

Key words: Mental health. Caregivers. Time. Social support. Disabled persons. Women. Men. Aged. Aged 80 and over. Logistic Regression.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida y el proceso de envejecimiento de la población en las últimas décadas conlleva un incremento de la necesidad de cuidados. A este hecho se unen las transformaciones sociales y familiares (disminución del tamaño familiar, cambios en la estructura y funcionamiento de la familia y creciente participación femenina en el mercado laboral) que incrementa las dificultades para la prestación de cuidados cotidianos a familiares dependientes¹. La conjunción de estos factores ha situado el cuidado informal en el centro del debate de las políticas sociales y de bienestar y son responsables de creciente interés en el estudio del cuidado informal y los modos de abordarlo^{2,3}.

El cuidado informal puede definirse como la prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen⁴. Los servicios que incluye el cuidado informal son: a) de infraestructura básica: alojamiento, alimentación, limpieza, compras, información, etc.; b) servicios no remunerados relacionados directamente con la salud: diagnóstico, compañía, transporte, vigilancia, aplicación de tratamientos, etcétera; y c) la gestión del consumo de servicios sanitarios: trámites, pagos, información, compra de medicamentos, etcétera⁵.

Los cuidados de salud por parte de familiares son una forma de trabajo fuertemente vinculada a la identidad de género. Se trata de una responsabilidad adscrita tradicionalmente a las mujeres y que no conlleva remuneración, por lo que estos cuidados se caracterizan por la invisibilidad y el escaso reconocimiento social.

La literatura confirma el predominio de

las mujeres en el papel de cuidadoras, siendo aquellas que están sin empleo (“amas de casa”)⁶, con menos nivel educativo y las que habitan en hogares de bajos ingresos quienes tienen una mayor probabilidad de desempeñar este papel con mayor intensidad y frecuencia^{2,7,8}. También existen desigualdades de género en los tipos de cuidados prestados, en el tiempo dedicado al cuidado y en el impacto o coste de cuidar⁹. Así, las mujeres asumen con mayor frecuencia las tareas de cuidados más pesadas, intensas y complejas, les dedican más tiempo que los hombres y se ven más perjudicadas en su salud y en su vida cotidiana por desempeñar esta función^{3,10-14}.

La mayor parte de las investigaciones sobre el impacto del cuidado en la salud de las personas cuidadoras señala el deterioro de la salud física y mental que produce¹⁵⁻¹⁹, siendo más evidente el efecto negativo en la salud psicológica que en la física²⁰. Las consecuencias del cuidado en la salud mental de las personas cuidadoras son fundamentalmente depresión y ansiedad, así como elevados niveles de estrés.

El objetivo de este trabajo es analizar los efectos del tiempo dedicado al cuidado de personas dependientes en la salud mental de las personas cuidadoras en función del tipo de dependencia: a) menores de 15 años (con o sin discapacidad), b) personas mayores de 74 años y c) personas adultas con discapacidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Fuente de la información y muestra.

Los datos analizados proceden de la Encuesta Nacional de Salud de España 2006 (ENS-06) realizada entre junio de 2006 y junio de 2007 por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE). Se trata de una encuesta representativa a

nivel nacional que incluye una muestra de 29.478 personas adultas de 16 y más años²¹. Para el estudio se trabajó con esta muestra y se han ponderando los casos a partir del factor de elevación calculado por el INE, corregido por el tamaño muestral.

Variables estudiadas. La variable dependiente fue el estado de salud mental medida a través del General Health Questionnaire (GHQ-12), cuya puntuación general permite obtener una valoración de la salud psicológica de una población²². El GHQ-12 está formado por 12 ítems con respuestas graduadas de 0 a 3 en los que se pregunta si la persona ha experimentado recientemente una serie de síntomas o algún tipo de comportamiento en particular. La puntuación de la variable salud mental se obtiene asignando 0 puntos a las respuestas 0 y 1 y adjudicando 1 punto a las respuestas 2 y 3 de cada ítem. A continuación se suman los puntos de los 12 ítems, de modo que la puntuación total oscila entre 0 y 12 puntos, de mejor a peor salud mental. Para nuestro estudio esta variable continua fue transformada en variable dicotómica, cuyo punto de corte para considerar casos con una mala salud psicológica es la puntuación ≥ 3 . Este punto de corte ha sido usado y validado en estudios anteriores en el contexto español²³⁻²⁵.

La variable independiente fue la carga horaria de cuidado de personas del propio hogar que no pueden cuidarse por sí mismas, clasificadas por la ENS-06 en tres grupos: menores de 15 años, mayores de 74 años y personas con alguna discapacidad. Se ha calculado la suma total de horas semanales de cada tipo de cuidado a partir de las preguntas relativas al promedio diario de horas de lunes a viernes más las horas dedicadas en sábado y domingo. Posteriormente, cada una de estas tres variables continuas se recodificaron en cinco categorías según el número de

horas de cuidado: a) “no cuidan”, b) “cuidan menos de 24 horas a la semana”, c) “cuidan entre 25 y 48 horas semanales”, d) “cuidan entre 49 y 96 horas semanales” y e) “cuidan entre 97 y 168 horas semanales”.

Las variables de control del estudio fueron la edad, la clase social del hogar y el apoyo social funcional percibido. Para la clase social del hogar, basada en la ocupación del sustentador principal del hogar, se utilizó la clasificación de la Sociedad Española de Epidemiología²⁶ y, posteriormente, se agruparon las seis categorías en tres: clase I y II (cuadros directivos y profesiones ligadas a titulaciones universitarias), clase III (servicios, cuenta propia, supervisores, empleados y profesionales gestión administrativa y financiera) y clase IV y V (trabajo manuales cualificados y semicualificados y trabajadores no cualificados). Aquellos hogares en los que no existe ninguna persona que haya sido activa han sido clasificados como “otros”.

La variable “apoyo social funcional” fue obtenida mediante la escala Duke-UNC²⁷ del cuestionario que mide la percepción de la persona entrevistada ante las diversas situaciones de apoyo afectivo y personal que suelen producirse en la vida cotidiana. La ENS-06 utiliza la versión de 11 ítems, validada en España^{28,29}, en la que se puntúa cada ítem de 1 a 5 en una escala Likert, oscilando la puntuación total entre 11 y 55, de menor a mayor apoyo social funcional. Una vez sumada la puntuación total, se transformó en una variable dicotómica en la que el punto de corte para considerar a las personas que perciben un escaso apoyo social fue una puntuación ≤ 32 ²⁸.

Análisis de los datos. En primer lugar se llevó a cabo un análisis descriptivo para conocer las características de la población estudiada en relación a las

variables utilizadas. En segundo lugar se realizó análisis bivariado entre salud mental y cada una de las variables independientes mediante modelos de regresión logística con el objetivo de comprobar la asociación con el estado de salud mental (odds ratio brutas). Finalmente, se efectuaron análisis de regresión logística multivariable con el fin de determinar la probabilidad de que las mujeres y los hombres tengan peor estado de salud mental en función del número de horas de cuidado en cada uno de los tres tipos de cuidado informal (menores de 15 años, mayores de 74 años y personas con discapacidad), ajustado por la edad (variable continua), la clase social del hogar (variable categórica) y el apoyo social funcional (variable continua) (odds ratio ajustadas). Se estratificó el análisis de regresión logística por sexo debido a los efectos de interacción entre esta variable sexo y las incluidas en los modelos. El análisis estadístico se efectuó mediante el paquete estadístico SPSS®.

RESULTADOS

Entre las personas que cuidan a menores 3.271 (19,1%) fueron mujeres y 1.136 hombres (10,3%). Por su parte 648 (3,8%) mujeres y 179 (1,6%) hombres cuidaron a personas mayores dependientes. En el cuidado de personas adultas con alguna discapacidad 416 (2,4%) fueron mujeres y 149 (1,3%) hombres. El número y la proporción de mujeres que dedicaron más de 97 horas semanales al cuidado fue superior al de los hombres en los tres tipos de cuidado: 485 (2,8%) frente a 39 (0,4%) en el cuidado de menores, 143 (0,8%) y 29 (0,3%) en el cuidado de personas mayores, y 91 (0,5%) frente a 31 (0,3%) en el cuidado de personas con discapacidad (tabla 1).

Las mujeres presentaron un estado de salud mental más desfavorable que los hombres en todas las categorías de las

variables clase social, edad, horas de cuidado informal y apoyo social funcional. Como ilustración 1.650 (35,7%) mujeres frente a 532 (20,2%) hombres de 65 y más años mostraron una mala salud mental. Por clase social del hogar 2.747 (29,2%) mujeres frente a 996 (15,7%) hombres pertenecientes a la Clase IVa, IVb y V se encontraron en esa situación. 92 (30,1%) mujeres y 60 (20,6%) hombres que cuidaron a menores durante menos de 25 horas semanales presentaron una salud mental desfavorable; 64 (40,6%) mujeres frente a 17 (25%) hombres que cuidaron a personas mayores dependientes entre 25 y 48 horas semanales se encontraron en esa situación. En el cuidado de personas con discapacidad, 55 (54,1%) mujeres y 17 (34,8%) hombres cuando cuidaron entre 25 y 48 horas semanales. Por último, 4.177 (25,3%) mujeres frente a 1.506 (14,3%) hombres que recibieron un apoyo social funcional bueno mostraron una mala salud mental (tabla 1).

En los hombres y las mujeres que dedicaron más de 97 horas al cuidado de personas adultas (personas mayores y personas con discapacidad) las diferencias en los porcentajes de mala salud mental por sexo disminuyeron: 42% de los hombres y 48,1% de las mujeres cuando cuidan a personas mayores dependientes más de 97 horas semanales, y 40,6% de los hombres y 45,7% de las mujeres al cuidar a personas con discapacidad entre 97 y 168 horas semanales (tabla 1).

El número de horas de cuidado informal, la clase social, el apoyo social funcional y la edad son variables asociadas con el nivel de salud mental, tal y como se observa en las tablas 2, 3 y 4. La inclusión de las variables edad, clase social del hogar y apoyo social funcional en los modelos de regresión logística no produjo variaciones importantes en la asociación entre la mala salud mental y el número

Tabla 1
Distribución porcentual del estado de salud mental de las mujeres y de los hombres
según edad, clase social del hogar, cuidado informal y apoyo social funcional.
Población de 16 y más años

		Mujeres				Hombres			
		Buena salud mental	Mala salud mental	Total	Total	Buena salud mental	Mala salud mental	Total	Total
		% fila	% fila	N	% columna	% fila	% fila	N	% columna
Edad	16-29	78,9	21,1	2.136	12,5	87,6	12,4	1.748	15,7
	30-44	76,7	23,3	4.858	28,4	84,5	15,5	3.347	30,1
Clase social hogar	45-64	71,9	28,1	5.358	31,3	84,5	15,5	3.358	30,2
	65 o más años	64,3	35,7	4.772	27,9	79,8	20,2	2.657	23,9
	Clase I y II	79,7	20,3	3.116	18,2	86,2	13,8	2.167	19,5
	Clase III	74,2	25,8	4.298	25,1	84,0	16,0	2.845	25,6
	Clase IVa, IVb y V	70,8	29,2	9.288	54,2	84,3	15,7	5.992	53,9
	Otros	66,5	33,5	422	2,5	70,4	29,6	106	1,0
Horas semanales cuidado menores	No cuida menores	72,8	27,2	13.853	80,9	84,6	15,4	9.974	89,8
	0-24 horas	69,9	30,1	374	2,2	79,4	20,6	389	3,5
	25-48 horas	76,6	23,4	1.053	6,2	85,8	14,2	444	4,0
	49-96 horas	75,7	24,3	1.359	7,9	85,0	15,0	264	2,4
	97-168 horas	71,8	28,2	485	2,8	84,8	15,2	39	0,4
	No cuida personas mayores	73,7	26,3	16.476	96,2	84,6	15,4	10.931	98,4
Horas semanales cuidado personas mayores	0-24 horas	66,7	33,3	185	1,1	75,7	24,3	46	0,4
	25-48 horas	59,4	40,6	178	1,0	75,0	25,0	55	0,5
	49-96 horas	56,8	43,2	142	0,8	79,0	21,0	49	0,4
	97-168 horas	51,9	48,1	143	0,8	58,0	42,0	29	0,3
	No cuida personas discapacitadas	73,8	26,2	16.708	97,6	84,6	15,4	10.961	98,7
Horas semanales cuidado personas discapacitadas	0-24 horas	56,3	43,7	91	0,5	79,6	20,4	42	0,4
	25-48 horas	45,9	54,1	106	0,6	65,2	34,8	43	0,4
	49-96 horas	43,2	56,8	128	0,8	80,7	19,3	33	0,3
	97-168 horas	54,2	45,7	91	0,5	59,4	40,6	31	0,3
Apoyo social funcional	Deficiente	37,6	62,4	612	3,7	52,9	47,1	411	3,8
	Bueno	74,7	25,3	16.157	96,4	85,7	14,3	10.416	96,2
N total		12.438	4.686	17.124		9.363	1.747	11.110	

ro de horas de cuidado informal, ni en hombres ni en mujeres.

Los individuos que cuidaron a personas adultas con discapacidad y personas mayores dependientes presentaron un peor estado de salud mental en comparación con los que cuidaron a menores. Esto se observó en los modelos de regresión logística propuestos: entre las mujeres el riesgo de tener una mala salud mental cuando cuidaron a personas mayores dependientes

y personas adultas con discapacidad entre 25 y 48 horas semanales fue del 1,602 y 2,507 respectivamente (tablas 3 y 4), frente a una OR de 0,928 cuando cuidaron a menores el mismo número de horas (tabla 2). Entre los hombres la probabilidad de tener una mala salud mental cuando cuidaron a personas mayores dependientes y personas adultas con discapacidad entre 97 y 168 horas semanales es del 2,810 y 3,411 respectivamente (tablas 3 y 4), mientras que esta misma probabilidad en

Tabla 2

Modelo de regresión logística multivariable para cuidado de menores. Odds ratio e IC95% para una mala salud mental según horas de cuidado, edad, clase social del hogar y apoyo social funcional. Mujeres y hombres mayores de 16 años

		Mujeres			Hombres		
		N	OR	IC 95%	N	OR	IC Del 95%
Horas semanales cuidado menores	No cuida menores	13.853	1		9.974	1	
	0-24 horas	374	1,166	0,884 - 1,539	389	1,595***	1,252 - 2,031
	25-48 horas	1.053	0,928	0,779 - 1,106	444	0,962	0,737 - 1,256
	49-96 horas	1.359	0,994	0,851 - 1,163	264	1,012	0,735 - 1,395
Edad	97-168 horas	485	1,372**	1,098 - 1,714	39	0,964	0,413 - 2,246
		17.124	1,013***	1,011 - 1,015	11.110	1,008***	1,006 - 1,011
Clase social hogar	Clase I y II	3.116	1		2.167	1	
	Clase III	4.298	1,228**	1,079 - 1,398	2.845	1,074	0,924 - 1,248
	Clase IVa, IVb y V	9.288	1,422***	1,271 - 1,590	5.992	1,005	0,882 - 1,146
Apoyo social funcional	Otros	422	1,377*	1,040 - 1,823	106	2,101***	1,422 - 3,104
		16.769	0,934***	0,929 - 0,939	10.827	0,930***	0,925 - 0,936

Tabla 3

Modelo de regresión logística multivariable para cuidado de personas mayores dependientes. Odds ratio e IC95% para una mala salud mental según horas de cuidado, edad, clase social del hogar y apoyo social funcional. Mujeres y hombres mayores de 16 años

		Mujeres			Hombres		
		N	OR	IC 95%	N	OR	IC 95%
Horas semanales cuidado personas mayores	No cuida personas mayores	16.476	1		10.931	1	
	0-24 horas	185	1,048	0,712 - 1,543	46	1,270	0,610 - 2,641
	25-48 horas	178	1,602**	1,126 - 2,278	55	1,280	0,684 - 2,394
	49-96 horas	142	1,467	0,983 - 2,191	49	0,988	0,492 - 1,981
Edad	97-168 horas	143	1,874**	1,307 - 2,687	29	2,810**	1,443 - 5,474
		17.124	1,012***	1,010 - 1,014	11.110	1,008***	1,005 - 1,011
Clase social hogar	Clase I y II	3.116	1		2.167	1	
	Clase III	4.298	1,224**	1,075 - 1,393	2.845	1,065	0,916 - 1,237
	Clase IVa, IVb y V	9.288	1,423***	1,272 - 1,591	5.992	0,991	0,869 - 1,129
	Otros	422	1,363*	1,029 - 1,806	106	2,074***	1,403 - 3,066
Apoyo social funcional		16.769	0,935***	0,930 - 0,940	10.827	0,931***	0,925 - 0,937

el cuidado de menores es del 0,964 (tabla 2).

En el cuidado de menores (tabla 2), las mujeres tienen una mayor probabilidad de presentar una peor salud mental cuando desempeñan una elevada carga horaria de cuidado (entre las 97 y 168 horas

semanales) con una OR de 1,372 [IC95 1,098-1,714]. Mientras que en los hombres, este efecto se observa entre aquellos con una baja carga horaria de cuidados: menos de 24 horas semanales (OR = 1,595 [IC95 1,252-2,031]).

En el cuidado de personas mayores

Tabla 4

Modelo de regresión logística multivariable para cuidado de personas con discapacidad. Odds ratio e IC95% para una mala salud mental según horas de cuidado, edad, clase social del hogar y apoyo social funcional. Mujeres y hombres mayores de 16 años

		Mujeres			Hombres		
		N	OR	IC Del 95%	N	OR	IC Del 95%
Horas semanales cuidado discapacitados	No cuida discapacitados	16.708	1		10.961	1	
	0-24 horas	91	1,996**	1,215 - 3,280	42	1,474	0,760 - 2,857
	25-48 horas	106	2,507***	1,607 - 3,911	43	2,078*	1,140 - 3,788
	49-96 horas	128	3,016***	2,036 - 4,467	33	0,933	0,411 - 2,116
	97-168 horas	91	1,651*	1,047 - 2,603	31	3,411***	1,717 - 6,778
Edad		17.124	1,012***	1,010 - 1,014	11.110	1,008***	1,005 - 1,011
Clase social hogar	Clase I y II	3.116	1		2.167	1	
	Clase III	4.298	1,229**	1,080 - 1,399	2.845	1,065	0,916 - 1,238
	Clase IVa, IVb y V	9.288	1,418***	1,268 - 1,586	5.992	0,995	0,873 - 1,134
	Otros	422	1,381*	1,042 - 1,830	106	2,074***	1,402 - 3,068
Apoyo social funcional		16.769	0,935***	0,930 - 0,940	10.827	0,931***	0,925 - 0,937

dependientes (tabla 3), las mujeres presentan peor estado de salud mental a partir de las 25 horas semanales de cuidado (OR=1,602 entre 25 y 48 horas; OR=1,467 entre 49 y 96 horas; OR=1,874 entre 97 y 168 horas) y entre los hombres esta probabilidad se incrementó con dedicaciones mayores a las 97 horas con una OR=2,810 [IC95: 1,443-5,474].

Cuando se cuidó a personas adultas con discapacidad (tabla 4) el riesgo de que las mujeres cuidadoras tengan peor salud mental es superior que las que no cuidan, independientemente del número de horas de cuidado (OR=1,996 entre 0 y 24 horas; OR=2,507 entre 25 y 48 horas; OR=3,016 entre 49 y 96 horas; OR=1,651 entre 97 y 168 horas). En el caso de los hombres, sin embargo, el riesgo dependió del número de horas dedicado. Los hombres que cuidaron entre 25 y 48 horas presentaron una OR de 2,078 y los que cuidaron más de 97 horas tenían una OR=3,411.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que el efecto del número de horas de cuidado está mediado por el tipo de dependencia que sufre la persona a la que se cuida, diferenciando entre menores y personas adultas dependientes, y por el sexo de la persona cuidadora. En el caso de las mujeres, los efectos sobre la salud psicológica de los cuidados de salud aparecen a partir de las 97 horas semanales en el cuidado a menores, de las 25 horas semanales en el cuidado a personas mayores de 74 años y desde que se dedica alguna hora al cuidado de personas adultas con discapacidad.

Dichos efectos son muy diferentes en el caso de los varones, ya que se observa deterioro de la salud psicológica principalmente cuando se dedica un amplio número de horas al cuidado de personas mayores de 74 años y personas con discapacidad y cuando se dedican pocas horas al cuidado de menores (entre 0 y 24 horas semanales).

La interpretación de estos resultados debe realizarse considerando varios aspectos o limitaciones de la forma de producción de los datos y de la construcción de la relación de cuidados: a) la medición del tiempo de dedicación, b) el tamaño muestral y c) la construcción de género en los roles de cuidados.

En primer lugar, se ha de considerar que la medición del tiempo de dedicación al cuidado informal en la Encuesta Nacional de Salud se realizó a partir de la cuantificación directa y “no objetiva” por parte de la persona entrevistada, pudiendo indicar entre 0 y 168 horas de dedicación por semana. La respuesta del cuidado es, por tanto, compatible con la dedicación a otras tareas (dormir, comer, planchar, ver televisión, visitas de familiares, etc.)³⁰, por lo que es previsible que exista variación intra e inter grupo en la interpretación que hombres y mujeres hacen de esta pregunta^{31,14}.

En segundo lugar, el bajo número de hombres que desempeña labores de cuidados reduce considerablemente el número de cuidadores en la muestra (sobre todo cuando se trata de personas con discapacidad o mayores), por lo que los resultados están sometidos a errores muestrales amplios en el caso de los varones.

Finalmente, se ha de considerar que el rol de cuidador tiene diferentes implicaciones, significados y efectos según el tipo de persona a la que se cuida. Así, contestar que un menor “requiere cuidados” es muy diferente del significado atribuido cuando se responde que una persona con discapacidad o mayor de 74 años “requiere cuidados”. Además, cuando se atiende a personas adultas con discapacidad el peor estado de salud psicológica puede estar relacionado con la atención prolongada en el tiempo³² que normalmente requiere este tipo de cuidado y por

la vinculación afectiva con la persona dependiente, entre otros factores.

La literatura pone de manifiesto el mayor deterioro de la salud psíquica de las mujeres cuidadoras con respecto a los hombres cuidadores^{3,9-13}, debido a la mayor implicación de éstas en los cuidados en términos de cantidad y calidad de los mismos (tipo y forma en que se cuida)^{6,33-36}. Sin contradecir esta afirmación, los resultados de nuestro estudio evidencian que tanto hombres como mujeres presentan un alto riesgo de deterioro de la salud psíquica cuando desempeñan un elevado número de horas de cuidado de personas dependientes adultas.

Esta disminución de las diferencias de género al tener en cuenta la carga de cuidado informal también se corrobora en el estudio de Larrañaga et al³⁵ en el País Vasco, si bien en dicho estudio la definición y categorización de la carga de cuidado difiere del nuestro, estimándose a partir de la combinación del grado de dependencia de la persona atendida y la frecuencia de cuidados (esporádico o permanente).

Por otro lado, diversos estudios indican que el apoyo social actúa como factor protector del impacto negativo del cuidado, entre ellos, el deterioro de la salud mental de la persona cuidadora^{20,37-39}. Sin embargo, al tomar en consideración el número de horas de cuidado informal se verifica el reducido papel que cumple el apoyo social en la salud psíquica de las personas cuidadoras cuando dedican un elevado número de horas al cuidado. Este hallazgo refuerza la tesis de la asociación entre el elevado número de horas de cuidado a personas adultas dependientes y el riesgo de deterioro de la salud psíquica y es consistente con otras investigaciones realizadas en el contexto estadounidense^{40,41}.

Las implicaciones para la práctica de esta investigación se observan en dos campos. Por

el lado de la metodología los resultados sugieren la necesidad de desarrollar la perspectiva de género en los instrumentos con los que se cuenta en la actualidad, así como desarrollar estudios de carácter cualitativo que permitan analizar las diferentes percepciones y significados y la diversidad de experiencias de hombres y mujeres cuidadoras. Desde el punto de vista del diseño de los servicios sanitarios y sociales así como de fórmulas de protección a las personas cuidadoras, se subraya la importancia de plantear el objetivo de reducción del número de horas máximas de dedicación al cuidado de personas dependientes con el fin de evitar el deterioro de la salud psíquica. La Ley de Dependencia⁴² parece caminar en este sentido y para ello es necesario desarrollarla e implementarla en todos sus ámbitos y en términos de equidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. La Parra D. La atención a la salud en el hogar: desigualdades y tendencias. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante; 2002.
2. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I y Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit.* 2004;18:132-139.
3. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I y Marotónavarró G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit.* 2004;18: 83-92.
4. Wright K. The economics of informal care of the elderly. New York: Centre for health economics, University of York; 1987. Discussion Papers núm. 23.
5. Durán MA. Las demandas sanitarias de las familias. *Gac Sanit.* 2004;18:195-200.
6. Durán MA. La contribución del trabajo no remunerado a la economía española: alternativas metodológicas. Madrid: Instituto de la Mujer; 2000.
7. La Parra D. Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gac Sanit.* 2001;15:498-505.
8. Durán MA. Diez buenas razones para medir el trabajo no remunerado en el cuidado de la salud. En: Organización Panamericana de la Salud. La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y evaluar el trabajo doméstico no remunerado. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2008.p.147-148.
9. García-Calvente MM, Lozano MR y Eguiguren AP. Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. *Inguruak.* 2007;44:291-308.
10. Morris M. Gender-sensitive home and community care and caregiving research: a synthesis paper. Group of Health Care Reform and Women, Health Canada; 2001. Disponible en <http://www.womenandhealthcare-reform.ca/publications/synthesis.pdf>
11. Argimon JM, Limon E, Vila J y Cabezas C. Health-related quality of life in carers of patients with dementia. *Fam Pract.* 2004;22(4):454-457.
12. Chiou CJ, Chen IP y Wang HH. The health status of family caregivers in Taiwan: an analysis of gender differences. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2005;20:821-826.
13. Larrañaga I, Valderrama MJ, Martín U, Begiristain JM, Bacigalupe A y Arregi BG. Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y estrategias. *Rev Fac Nac Salud Publica.* 2009;27:50-55.
14. Masanet E y La Parra D. Los impactos de los cuidados de salud en los ámbitos de vida de las personas cuidadoras. *Rev Esp Sociol.* 2009;11:13-37.
15. López O, Lorenzo A y Santiago P. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Aten Primaria.* 1999;24:404-410.
16. Roca M, Úbeda I, Fuentelsaz C, López R, Pont A, García L, et al. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Aten Primaria.* 2000;26:217-223.
17. Pinquart M y Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging.* 2003;18:250-267.
18. Brehaut JC, Kohen DE, Raina P, Walter SD, Russell DJ, Swinton M, et al. The health of primary caregivers of children with cerebral palsy: how does it compare with that other Canadian Caregivers?. *Pediatrics.* 2004;114:182-191.
19. Lee C. y Gramotnev H. Transitions into and out of caregiving: health and social characteristics of mid-age Australian women. *Psychology & Health.* 2007;22:193-209.
20. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I y Gutiérrez P. Cuidados y cuidadores en el Sistema Informal de Salud. Granada: Escuela Andaluza de

Salud Pública; 1999.

21. INE. Encuesta Nacional de Salud 2006. Metodología detallada. Madrid: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008.

22. Goldberg D y Williams P. User's guide to the general health questionnaire. Berkshire: NFER-Nelson; 1988.

23. Gispert R, Rajmil L, Schiaffino A y Herdman M. Sociodemographic and health-related correlates of psychiatric distress in a general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38:677-683.

24. Cortés I, Artazcoz L, Rodríguez-Sanz M y Borrell C. Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. *Gac Sanit*. 2004;18:351-359.

25. Berra S, Borrell C, Rajmil L, Estrada MD, Rodríguez M, Riley AW, et al. Perceived health status and use of healthcare services among children and adolescents. *Eur J Public Health*. 2006;16:405-414.

26. Alvarez-Dardet C, Alonso J, Domingo A y Regidor E. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG editores, Sociedad Española de Epidemiología; 1995.

27. Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV y Kaplan BH. The Duke-UNC functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients. *Med Care*. 1988;26:709-723.

28. De la Revilla L, Baylon E y de Dios J. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria*. 1991;8: 668-692.

29. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A y Luna del Castillo JD. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNC-11. *Aten primaria*. 1994;14: 153-163.

30. Van den Berg B y Spauwen P. Measurement of informal care: an empirical study into the valid measurement of time spent on informal caregiving. *Health Econ*. 2006; 15: 447-460.

31. Durán MA. Integración del trabajo no remunerado en el análisis de los sectores de la salud y bienestar social. En: Organización Panamericana de la Salud. La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y evaluar el trabajo doméstico no remunerado. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2008.p.99-146.

32. Schultz R, Belle SH, Czaja SJ, McGinnis KA, Stevens A y Zhang S. Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being. *JAMA*. 2004;292:961-967.

33. Navaie-Waliser M, Spriggs M y Feldman PH. Informal caregiving: differential experiences by gender. *Med Care*. 2002;40:1245-1259.

34. Zhan HJ. Aging, health care, and elder care: perpetuation of gender inequalities in China. *Health Care for Women International*. 2005;26:693-712.

35. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe, A, Begiristáin JM, Valderrama MJ y Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit*. 2008; 22:443-450.

36. Yee JL y Schulz R. Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *Gerontologist*. 2000;40:147-164.

37. Ownsworth T, Henderson L y Chambers SK. Social support buffers the impact of functional impairments on caregiver psychological well-being in the context of brain tumor and other cancers. *Psycho-Oncology*. 2010;19:1116-1122.

38. Séoud J, Nehmé C, Atallah R, Zablith C, Yéretzian J, Lévesque L, et al. The health of family caregivers of older impaired persons in Lebanon: an interview survey. *Int J Nurs Stud*. 2007;44:259-272.

39. Roth DL, Mittelman MS, Clay OJ, Madan A y Haley WE. Changes in social support as mediators of the impact of a psychosocial intervention for spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Psychol Aging*. 2005;20:634-44.

40. Tsai PF y Jirovec MM. The relationships between depression and other outcomes of chronic illness caregiving. *BMC Nurs*. 2005;4:3.

41. Cannuscio CC, Colditz GA, Rimm EB, Berkman LF, Jones CP y Kawachi I. Employment status, social ties, and caregivers' mental health. *Soc Sci Med*. 2004;58:1247-1256.

42.- Boletín Oficial del Estado. Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia de 30 de noviembre de 2006. BOE núm 299 del 15/12/2006.